



## Declaración de Ingresos Alternativos de Basic Health

Nombre del suscriptor (imprima)

Número de Identificación de Basic Health

Si usted recibe un ingreso sin documentación que lo avale (como trabajos pagados de contado), lea y complete el presente formulario. **Este formulario no puede utilizarse cuando se pueda obtener la documentación de ingresos.**

**Debe proporcionar a Basic Health** la documentación relativa a **otros tipos de ingresos** (como manutención para niños, ingresos del seguro social, etc.).

Utilice los cuadros a continuación para documentar su ingreso mensual y el ingreso mensual de su cónyuge. Si no ha percibido ingreso alguno durante uno o más meses, ingrese \$0 para dicho mes.

Mes	Ene.	Feb.	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Ago.	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.
Año												
<b>Ingreso del suscriptor</b>												

Utilice el cuadro a continuación para documentar el **ingreso de su cónyuge**:

Mes	Ene.	Feb.	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Ago.	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.
Año												
<b>Ingreso del cónyuge</b>												

Si cualquiera de ustedes está informando que no tuvo ingreso alguno durante algunos meses, explique por qué:

---

---

---

---

**Ambos**, el suscriptor y su cónyuge deben firmar y colocar la fecha a continuación. Declaro bajo pena de perjurio que la información proporcionada en este formulario es verdadera, correcta, y completa a mi más leal saber y entender.

Firma del suscriptor

Firma del cónyuge

Fecha

Fecha

**Declaración de confidencialidad** – Las leyes del Estado de Washington podrían requerir la cesión de toda información que usted presente como un instrumento público. El Aviso de Confidencialidad de la Autoridad de Salud (la agencia que administra Basic Health) se encuentra disponible mediante solicitud llamando al 360-923-2822 o en Internet en [www.hca.wa.gov](http://www.hca.wa.gov).